EIN FALL

VON

MORBUS PARKINSONII

„à FORME FRUSTE".

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

MORITZ WORMSER

APPROB. ARZT

aus **Karlsruhe.**

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei C. Goeller, Magdalenengasse 20.
1892.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Naunyn.**

Meiner lieben Mutter

Dem Andenken meines Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Herrn Professor Dr. Naunyn verdanke ich die Krankengeschichte folgenden, von mir nicht selbst beobachteten Falles, welcher vom 29. April bis 1. Sept. 1892 in der inneren Strassburger Klinik behandelt worden ist:

Diebold H., Maurer, 58 Jahre alt.

Derselbe macht folgende Angaben:

An ihm nicht bekannten Krankheiten seien sein Vater im Alter von 40 Jahren, seine Mutter im Alter von 57 Jahren und 2 Brüder gestorben. Er sei verheiratet und habe zwei Kinder, von denen das eine gegenwärtig krank im Spital liege. Keinerlei erbliche Krankheiten seien in seiner Familie vorgekommen. Dem Trunke sei er nie ergeben, nie geschlechtlich ausschweifend, nie syphilitisch gewesen. Im Alter von 20 Jahren sei er an einer fieberhaften Krankheit, von der er weiter nichts anzugeben wisse, darniedergelegen. Seit etwa 15 Jahren habe er öfter über »Rheumatismus« zu klagen gehabt. In seinem Beruf als Maurer sei er Erkältungen sehr ausgesetzt gewesen. Vor nunmehr 2 Jahren habe die Krankheit, derentwegen er jetzt das Spital wieder aufgesucht habe, begonnen. Er sei damals ebenfalls hier im Spital gewesen. Er habe zuerst stark an „heftigem Fussbrennen“ gelitten. „Rheumatische“ Schmerzen in den Oberschenkeln haben sich dazu gesellt. Auch habe er nicht mehr ruhig im Bett liegen können. Die Unruhe habe ihn Nachts oft aus dem Bett getrieben. Dieselbe sei zum Teil durch das Bedürfnis hervorgebracht worden, mit den Fusssohlen den Boden zu berühren, weil hierdurch das „Fussbrennen“ gelindert worden sei. Allmählich seien die Beine steif geworden. Seit einem Jahre haben sich ab und zu, in letzter Zeit häufiger, Schmerzen im Genick und im Kopf eingestellt. Seit kurzer Zeit habe er auch Schmerzen auf der Brust, die der Mittellinie

entsprechend von oben nach unten verlaufen. Dazu kommen öfter „Engigkeit“ auf der Brust und starkes „Hitzegefühl“, besonders während der Nacht. Mattigkeit in allen Gliedern sei ihm sehr fühlbar geworden. In letzter Zeit habe sich auch die Unruhe im Bett sehr gesteigert. Das ruhige Verbleiben in einer und derselben Körperlage sei ihm unmöglich geworden. Die zunehmende Steifigkeit der Beine, wie des ganzen Körpers habe ihn in erster Linie veranlasst, jetzt wieder das Spital aufzusuchen.

Status bei der Aufnahme: Der Kranke ist ein grosser, kräftig gebauter Mann mit reichlichem Fettpolster und mässig stark entwickelter Muskulatur. Die sichtbaren Schleimhäute sind normal injicirt. Die Hautfarbe des Gesichts ist normal. Das Antlitz hat einen gespannten, starren Ausdruck, keinerlei mimisches Spiel ist bemerkbar. Der Blick erscheint starr auf einen Punkt gerichtet. Oedem ist nirgends vorhanden. Der Puls, 70 in der Minute, ist unregelmässig und aussetzend. Die Körpertemperatur ist normal. Der Thorax dehnt sich bei der Atmung beiderseits gleichmässig aus. Die Perkussion erzeugt allenthalben normalen vollen Lungenschall; überall hört man vesiculäres Atemgeräusch. Der Herzspitzenstoss ist in der Mammillarlinie im 5. Intercostalraum schwer zu fühlen, er ist etwas diffus verbreitert. Die Herzgrenzen sind normal, die Herztöne rein. Die Herzaction ist unregelmässig. Der untere Leberrand fällt mit dem Rippensaum zusammen; die Milz ist nicht vergrössert; das Abdomen nicht aufgetrieben. Stuhl und Urin sind normal.

An den in Ruhe befindlichen oberen Extremitäten ist keinerlei Tremor erschaulich. Werden die Arme vorgestreckt, so tritt ein ganz geringes Zittern auf. Bei grösseren Anstrengungen, sowie bei complicirteren Hantirungen wird ein etwas stärkerer Tremor sichtbar. Die motorische Kraft der oberen Extremitäten ist vollkommen normal. An den unteren Extremitäten ist sie etwas vermindert. In allen Extremitäten, besonders aber in den Beinen, fällt eine beträchtliche Steifigkeit auf. Am meisten tritt diese zu Tage, wenn mit den Gliedern passive Bewegungen vorgenommen werden. Sehr in die Augen springend ist die Körperhaltung: der Kopf ist auf die Brust geneigt, das Kinn dem Sternum sehr genähert, der Rumpf nach vorn übergebeugt. Die Arme sind adducirt und im Ellen-

bogengelenk flektirt. Die Kniee sind gleichfalls in dauernder, leichter Flexion. Beim Gehen wird diese Haltung unverändert beibehalten. Der Gang ist etwas unsicher und steif, namentlich fällt es dem Patienten schwer, während des Gehens plötzlich halt zu machen. Mit seiner Dauer wird der Gang unsicherer.

Sensibilität und Reflexe sind völlig normal.

Am 24. Juli 1892 ist der Kranke klinisch vorgestellt worden. Der Befund an diesem Tage war folgender: Die Körperhaltung des Kranken ist sehr auffällig. Kopf und Rumpf sind nach vorn übergebeugt. Die Arme sind im Ellenbogen leicht flektirt. Die Hände liegen fortwährend der Vorderfläche der Oberschenkel an. An denselben ist Pfötchenstellung angedeutet. Die Zunge wird zitternd herausgestreckt. Der Gesichtsausdruck ist ganz starr. In den mimischen Gesichtsmuskeln ist keine Störung der willkürlichen Innervation zu constatiren. Beim Schliessen der Augen zittern die Lider etwas. Die Augenbewegungen sind frei, die Pupillen reagiren gut, der Augenhintergrund ist normal. Die Psyche ist nicht gestört. Zur Zeit bestehen keine Kopfschmerzen; dagegen wird jetzt beständig über Schwindel geklagt. Derselbe verursache jedoch niemals ein Niederstürzen; dagegen giebt Patient heute an, dass er früher zweimal infolge von Schwindelanfällen zu Boden gefallen sei. An den Muskeln der Vorderarme ist die mechanische Muskelerregbarkeit etwas erhöht. Bei ruhigem Verhalten des Patienten ist an den Händen kein Tremor deutlich. Bei Hantirungen tritt aber zeitweise ein geringes Zittern ein. Bei bewusster Intention ist der Tremor etwas erheblicher. Der Patellarreflex ist erhalten. Sämmtliche Muskeln des Körpers zeigen eine nicht unerhebliche Rigidität. Das Relief der Muskeln tritt deutlich hervor. Bei passiven Bewegungen fühlt man sehr gut die Steifigkeit als Widerstand, namentlich im linken Bein. Propulsions- oder Retropulsionsbewegung ist nicht vorhanden. Beim Gehen wird die charakteristische Körperstellung absolut beibehalten. Mit geschlossenen Augen geht der Kranke fast ebenso sicher wie mit offenen. Befiehlt man ihm, wenn er geht, plötzlich, zu halten, sich nach rechts, nach links zu kehren oder umzuwenden, so führt er dies heute stets mit besonderer Vorsicht, wenn auch ohne erheblich zu schwanken, aus. Beim Bücken hält er sich auch

sehr steif, als ob er mit Vorsicht Gleichgewicht halten müsste; doch schwankt er nicht und fällt niemals um.

Keinerlei Sensibilitätsstörung ist aufzufinden. Die inneren Organe funktioniren zur Zeit alle regelrecht.

Die Krankheit dieses vorliegenden Falles setzt sich demnach aus folgenden Faktoren zusammen: Allgemeine Muskelrigidität, stärker in den Beinen, am stärksten im linken Bein. Das Relief der Muskeln springt hervor. Besondere Körperhaltung: Kopf nach vorn gebeugt, Rumpf ebenfalls. Arme adducirt, Ellenbogen flektirt, Hände den Oberschenkeln anliegend; an denselben Schreibstellung angedeutet; Kniee leicht gebeugt. Diese steife Haltung bleibt unbewegt beim Gehen bestehen. Die Physiognomie erstarrt, kein Mienenspiel; der Blick immer nach der gleichen Richtung. Die herausgestreckte Zunge zittert. Die Augenlider zittern beim Augenschliessen leicht. Das Gehen schwerfällig, bei längerer Dauer unsicher; ebenso das Niedersitzen. Eindruck als ob Gleichgewichtaufrechterhaltung Mühe mache. Kein Tremor in der Ruhe. Bei Hantirungen leichter Tremor; bei bewusster Intention und bei Anstrengung Tremor etwas stärker. —

Dies die objectiven Charaktere des Krankheitsfalles. Die subjectiven Klagen sind:

Mattigkeit in allen Extremitäten; die Unannehmlichkeit, die durch die Steifigkeit des ganzen Körpers und die Bewegungsschwierigkeit verursacht wird. Schwindel. Gefühl von Hitze, namentlich Nachts. Engigkeit auf der Brust, ebenfalls Nachts. Grosse Unruhe im Bett; Trieb, fortwährend die Lage zu ändern, infolgedessen gestörter Schlaf. —

Aus der Anamnese ist hervorzuheben:

Als einziges ursächliches Moment des Leidens ist

die dem Maurer sehr nahbare Erkältungsmöglichkeit anzusprechen, die wohl auch die rheumatischen Schmerzen des Mannes seit 15 Jahren ausgelöst haben wird. Beginn der Erkrankung mit „Fussbrennen“. Ziehende Schmerzen in den Oberschenkeln; bald darauf Unruhe in der Nacht und Steifigkeit; später Genick- und Kopfschmerzen, Schmerzen auf der Brust.

Dies ganze vorliegende Symptomengemälde ist zweifellos mit der Diagnose morbus Parkinsonii zu benennen. Es fehlt aber der dieser in den klassischen Fällen eigene Tremor; der Fall ist ein morbus Parkinsonii sine tremore, eine Charcot'sche forme fruste des morbus Parkinsonii. Die multiple Hirn-Rückenmarksklerose mit ihrem typischen Intentionstremor könnte allein den bei Hantirungen in sehr leichtem Grade, bei bewusster Intention etwas erheblicheren, kurz den erst bei Bewegungen erscheinenden Tremor der Hände, der Zunge, der Lider, der in der Ruhe aber völlig verschwindet, als ein ihr charakteristisches Symptom ansprechen. Indess kann ihre Diagnose mit der des morbus Parkinsonii nicht in ernstlichen Wettbewerb um den Fall treten. Physiognomie, Körperhaltung, Handstellung, Muskelrigidität und Gang; Unruhe und alles sonstige Subjective, wie die Entstehung, senken die Wagschaale bedingungslos auf die Seite des morbus Parkinsonii, zumal die multiple Sklerose ausser dem dem ihrigen allerdings ähnlichen Tremor des Patienten keinen vorhandenen Nystagums, skandirende Sprache etc. als Bundesgenossen zu Gunsten ihrer Diagnose ins Feld zu führen hat.

Zudem steht es in der Geschichte des morbus Parkinsonii nicht einzig da, dass entgegen den Vorbildern in den Lehrbüchern mit ihrem bei Bewegungen abnehmenden oder ganz aufhörenden Zittern der Tremor

des morbus Parkinsonii bei Bewegung nicht abnimmt oder gar aufhört, sondern ungeschwächt und unverändert fortbesteht, oder aber bei Bewegung stärker wird, als in der Ruhe; oder überhaupt erst bei Bewegung auftritt.

Das erstere, dass der Tremor bei Bewegung ebenso stark ist, als in der Ruhe, wird häufig angegeben. Als Beispiel aus neuerer Zeit diene ein von Koller [1]) gebrachter Krankheitsbericht aus der Praxis des Dr. Naef:

Frau Sch., 76 Jahre alt. » . . . . beständiges Zittern der Arme, besonders aber der Hände und Finger, ausgeprägtes Kugeldrehen. Zittern bei Gemütsbewegungen entschieden stärker, bei intendirten Bewegungen nicht schwächer, als in der Ruhe. . . .«

Beispiele für dieses Verhalten des Zitterns könnten aus der Literatur vielfach citirt werden, würden aber wenig Interesse darbieten.

Dass der Tremor des morbus Parkinsonii bei Bewegung stärker wird, als in der Ruhe, in welcher er aber doch auch nicht fehlt; für solchen vom gewöhnlichen schon erheblicher abweichenden Charakter des Tremors konnte ich nur 4 Belege entdecken:

1. Fall IX Boucher's [2]). Dieser Fall entstammt der Beobachtung Hardy's. Hardy beschreibt ihn selbst auch in Kürze in einer eigenen Arbeit [3]):

[1]) Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans 1891. Virchow's Archiv Band 125, Seite 287.

[2]) Boucher. De la maladie de Parkinson et en particulier de la forme fruste. Thèse de Paris. 1877.

[3]) Hardy. Paralysie agitante à forme fruste. Gazette des hôpitaux N. 115. 1877.

D. Pierre, 54 Jahre alt, Maurermeister. September 1876 in der Abteilung des Professor Hardy aufgenommen. Alkoholexcesse in der Anamnese. 1850 gut geheilte Claviculafractur. Bei der Belagerung von Paris zahlreiche Geldverluste. Zu gleicher Zeit feuchte und kalte Wohnung bezogen. Während der Kommune hatte er einmal ein Haus zu bewachen, wurde mehrmals misshandelt und mit dem Tode bedroht, einmal wurde schon die Execution begonnen. Schon legte man auf ihn an, als er mehr tod als lebendig noch glücklich befreit wurde. In der Folge Zittern beider Hände, namentlich bei Bewegung und Anstrengung. Schwäche, Steifigkeit, Schmerzen in den Hüften, Rücken, Hals, Gliedern kamen hinzu. Endlich wurde auch der Gang charakteristisch.

Die herausgestreckte Zunge zittert. Kopf und Beine zittern. Hält man den Rumpf fest, so hört das Zittern beider auf. Hände und Arme zittern, aber nur sehr wenig, stärker infolge unangenehmer Gemütserregungen. Wörtlich sagt dann Boucher: »il (das Zittern) est augmenté encore, quand les membres supérieurs sont mis en mouvement par la volonté«. Alle übrigen Symptome der Krankheit: Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Muskelstarre, Gang, Hitzegefühl etc. in charakteristischster Weise vorhanden.

2. Fall I. Prast's [1]).

Ludwig Zilss, 48 Jahre, Bahnassistent. Seit vier Jahren Schwäche in den Beinen; seit 3 Jahren zittern die Beine, später der Kopf. Erst seit einem Jahre zittern auch die Arme. — Beim Stehen keine Abnahme des Zitterns. Beim Gehen zittern die Oberschenkel. Beim Aufrichten im Bett Vermehrung des Tremors. Die Kinnmuskeln zittern. Sonst charakteristische Paralasis agitanssymptome. —

---

[1]) Prast. Das Zittern bei Paralysis agitans und multipler Hirn-Rückenmarksklerose. Inaugural-Dissertation, Berlin 1880

Bei Anstrengungen, z. B. Aufrichten im Bett, vermehrt sich also auch bei diesem Kranken der Tremor.

3. Ein Fall aus der Klinik Berger's von Wienskowitz [1]). Dieser Fall findet in anderem Zusammenhange seine Erwähnung auch in Gürtler [2]). Gürtler sagt daselbst: „. . . . ich hatte Gelegenheit . . . ., 3 Personen aus der Beobachtung des Herrn Professor Berger (Breslau) zu untersuchen, die schon seit längerer Zeit an Paralysis agitans erkrankt waren. Bei den beiden ersten, Frau O. und Herrn P. ist das Zittern nur wenig ausgesprochen u. s. w."

Von diesen ist, wie sich aus der Beschreibung ergiebt, Herr P. der folgende, Frau O. ein anderer ebenfalls von Wienskowitz beschriehener Fall. Ersterer Fall ist folgender:

Joseph P., 43 Jahre alt, Landwirt. 1880 Schwäche im rechten Arm. Februar 81 zuweilen Zittern der rechten Hand. Nach einigen Monaten linke Hand befallen, dann die Beine, zuerst das rechte. Januar 82: Physiognomie und Blick starr. Kopf stark nach vorn geneigt, ebenso Rumpf. Obere Extremitäten etwas abducirt, Ellenbogen gebeugt. Hände und Finger in Schreibstellung. Keine stärkeren Muskelspannungen. Trippelnde Schritte. An rechter, weniger an linker Hand alle 5 bis 10 Minuten Sekunden dauerndes Zittern; ähnlich an Beinen. »Dies transitorische Gliederzittern tritt . . . bei Bewegung . . gewöhnlich in etwas höherem Grade ein«. Zittern in Händen intensiver bei complicirten Bewegungen, wie Knüpfen. Ab und zu zittert die Unterlippe. Die Zunge zitternd herausgestreckt.

[1]) Wienskowitz. Beitrag zur Lehre von der Paralysis agitans. Inaugural-Dissertation 1882.

[2]) Gürtler, Ueber Veränderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei der Paralysis agitans. Archiv für Psychiatrie. XIV.

Alle Bewegungen, zumal des Rumpfes, langsam und mühselig. Hitzegefühl. —

Endlich

4. Der Fall XIX Heimann's [1]).

Ludwig Schulz, Maurer, 62 Jahre alt. Poliklinischer Fall. Seit 8 Jahren Zittern; seit 5 Jahren Steifigkeit im Genick. Vor 2 Jahren angeblich ein „Schlaganfall"; seitdem Zittern auch im linken Bein und Schwäche daselbst; seitdem auch schlechtes Gedächtnis, Rechnen schwer. „Während Patient ruhig dasitzt, die Hände auf den Oberschenkeln ruhen lässt und sich unbeobachtet glaubt, ist in beiden Armen ein nur ganz unbedeutendes Zittern zu bemerken. Wenn jedoch die Aufmerksamkeit des Kranken auf sein Leiden gelenkt wird, oder wenn er die Arme erhebt, nimmt dasselbe an Intensität zu". Links Zittern stärker. „An den unteren Extremitäten sind beim ruhigen Sitzen des Patienten keine unwillkürlichen Oscillationen zu bemerken. Sobald der Kranke jedoch ein Bein vom Boden erhebt, gerät dasselbe ins Zittern.« Links auch hier stärkeres Zittern. Im Gesicht starre Bewegungslosigkeit. Die Lippen zittern deutlich. Doppeltsehen; Convergenz geht unvollständig von statten. Beim Sehen in die Ferne Divergenz. Active Motilität am linken Arm beschränkt. Derselbe kann nur bis zur Horizontalen erhoben werden; träge Bewegung der unteren Extremitäten. Beim Gehen, das unsicher und schwankend ist, Gefühl des »Vornüberschiessens«.

Das bei diesen 4 Beobachtungen in der Ruhe vorhandene, wenn auch manchmal nur geringe Zittern, wird bei Hantirungen, Bewegungen, Anstrengung mächtiger. —

Endlich die 3. Variation: Das Krankheitsbild ist in sonstigen Symptomen so charakteristisch, dass eine

[1]) Heimann. Ueber Pearalysis agitans, 1888.

kurze Betrachtung der Leidenden die Diagnose morbus Parkinsonii aufzwingt; in der Ruhe aber ist keinerlei Zittern zu verzeichnen. Erst bei Bewegungen, Hantirungen, Anstrengung wird ein Tremor deutlich. Solcher Fälle habe ich in der Literatur 6 gefunden:

1. Die Observation II von Bourneville [1]). Dies ist derselbe Fall, den Boucher in seiner These [2]) als Observation VII bringt. Er rührt auch aus der Clientele Charcot's her:

mme. G., 40 Jahre alt, Vorsteherin der gymnastischen Abteilung einer Wasserheilanstalt, hat vor 20 Jahren Gelenkrheumatismus, später einen schweren Typhus, zuletzt eine Pneumonie gehabt. 1871: geringere Gewandheit, Steifigkeit, Unfähigkeit, schnelle Bewegungen auszuführen; Wadenkrämpfe links, zuletzt dumpfe Schmerzen im Nacken, den Hüften, den Schultern; seit 6 Monaten unwillkürliches Speichelausfliessen.

Die ganze, bei der Kranken sehr ausgesprochene Körperhaltung; langsamer Gang; Lateropulsion nach links; Gesichtsausdruck; Muskelrigidität, namentlich der Arme: diese Symptome sind alle da; dagegen kein Zittern; nur wenn sie gewisse Hantirungen vornimmt, z. B. das Taschentuch zieht, sieht man ganz flüchtige und spärliche rhytmische Oscillationen der Finger.

2. M. Gowers hat Charcot folgenden Fall aus dem Londoner Nationalspital für Epileptiker und Paralytiker mitgeteilt:

Ann Phillips, 47 Jahre alt. Alle Symptome der Paralysis agitans vorhanden mit Ausnahme des Zitterns. Nur bei Bewegungen wird ein kaum merkliches Zittern sichtbar.

[1]) Bourneville. Notes receuillies des leçons sur les maladies du système nerveux, par Charcot. Progrès médical. 2 décembre 1876.

[2]) loc. cit.

Dieser Fall ist zuerst von Charcot veröffentlicht [1]), darauf in wörtlicher Wiedergabe von Boucher [2]) als Observation V. Endlich wird er nochmals von Buzzard [3]) als Beispiel der forme fruste erwähnt.

3. Magnan [4]) publicirt folgende Krankengeschichte:

G. . . . , Joseph, 49 Jahre alt. 1871 infolge von Erkältung und Anstrengung »Rheumatismus«. Darauf war er durch Beruf der Witterung sehr ausgesetzt, besonders 77 und 78.

Seit 18 Monaten ist er schwach, verliert leicht das Gleichgewicht, kann sich schwer allein aufrichten. Lange dieselbe Lage innezuhalten, wurde ihm sehr peinlich. Hitzeempfindung, starkes Schwitzen, Wadenkrämpfe traten auf. Seit etwa sieben Monaten sind an der linken Hand rhytmische Oscillationen aufgetreten; seit vier Monaten auch an der rechten. Aber das Zittern erscheint nur in seltenen Intervallen, bald infolge Gemütserregung, bald infolge von complicirteren Bewegungen, wie das Suchen einer Münze in einer Tasche, oder bei Anstrengung, wie das Aufrichten aus horizontaler Lage ohne Hülfe. Wenn die Beine nicht auf dem Fussboden ausruhen, so sind sie ebenfalls, namentlich das linke, aber doch nur recht selten, von leichtem Zittern bewegt.

Körperhaltung, Muskelrigidität, Gang, Pro-, Retropulsion, Gesichtsausdruck u. s. w. sind charakteristisch ausgesprochen.

Endlich 3 Fälle Heimann's [5]).

4. seinen Fall VI.

Antonie Slick, Friseurin, 50 Jahre alt. Seit einem Jahr Schwäche in rechter Hand, seit $1\frac{1}{2}$ Jahr Zittern in dem rechten

---

[1]) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux. 1872.

[2]) Loc. cit.

[3]) Buzzard. Clinical lectures on the diseases of the nervous system. 1882.

[4]) Magnan, Paralysie agitante. Gazette médicale de Paris. 1880. Nr. 2.

[5]) loc. cit.

Arm, seit $^1/_4$ Jahr auch im linken, seit 8 Wochen Schmerzen und Schwäche im rechten Bein. Vor 2 Jahren, infolge Todes der Mutter und infolge von Geldverlusten schwerer Kummer. Viel Gelegenheit zur Erkältung. Starrer, gespannter Gesichtsausdruck. Zunge weicht oft beim Herausstrecken nach einer Seite ab. Beim Senken der oberen Augenlider schnelles, rhytmisches Zittern in denselben. Gezwungene, steife Körperhaltung. Die Nackenmuskeln rigide. Ab und zu leichtes Kopfzittern. Schreibstellung der Hände. »Ein deutlicher Tremor ist gegenwärtig an den Armen und Händen nicht wahrzunehmen. Dagegen tritt in dem Augenblick, in welchem Pat. eine willkürliche Bewegung ausführt, z. B. wenn sie die Hand zur Nase führt, ein Zittern der betreffenden Extremität, freilich nur in geringem Grade hervor. Wenn die Kranke schwere Gegenstände zu Munde führt, so gerät der dabei thätige Arm nicht in unwillkürliche Bewegung, wohl aber kommt der Kopf i'ns Wackeln, wenn sie das betreffende Objekt dem Munde nähert«. Ellenbogen und Handgelenke rigid. Motilität der Finger grob gestört. Gesammte Oberextremitäten kraftlos. In den Knieen etwas Rigidität. Kein Tremor der Beine. Am Gange nichts auffallendes, nur wird der Kopf sehr steif gehalten.

5. Heimann's Fall XI:

Julius Dikow, Tischlergeselle, 60 Jahre alt. Seit 6 Jahren Schwäche im rechten Arm nach einem Sturze auf denselben. Nach und nach Steifigkeit zuerst am rechten Arm, dann allmählich am ganzen Körper. Seit 2 Jahren geringes Zittern im rechten, später im linken Arm und den Beinen. Seit 2 Jahren Sprache langsamer und unkräftiger. Nachts Hitzegefühl. Trübe Gemütsstimmung.

Der Kranke liegt regungslos im Bett. Kopf fixirt gehalten. Ellenbogen spitzwinklig flectirt. Finger in typischer Schreibstellung. Maskenartiges Gesicht. Bewegungen der bulbi eingeschränkt. »Wenn Pat. den Mund öffnet, so gerät der Unterkiefer in einen leichten Tremor«. Grosse Hülflosigkeit in Bewegungen. »Die passiven Bewegungen sind in allen Gelenken des linken Armes ein wenig erschwert. Es wird durch

diese Manipulationen ein Zittern in der Extremität ausgelöst . . . Durch active Stellungsveränderung des linken Armes wird ein Tremor hervorgerufen, welcher in der Ruhe vollkommen fehlt.« Untere Extremitäten steif. Leichte Demenz. Krankhafte Hilaritas.

6. Heimann's Fall XVII.

Karl Scholze, Hutmacher, 54 Jahre alt. Poliklinischer Fall. Seit 1 Jahr Schwäche am linken Arm, dann Tremor am linken Arm und Bein. Linker Mundwinkel steht tiefer. An linker Hand Andeutung von Schreibstellung. Active Motilität des linken Arms beschränkt und grobe Kraft herabgesetzt. Beweguugen links auch langsamer. »Wenn der Kranke ruhig dasitzt, so ist ein Tremor im linken Arm nicht wahrzunehmen. Derselbe tritt erst in die Erscheinung, wenn Pat. sich anstrengt bei dem Versuch, ausgiebige Bewegungen im Schultergelenk ru machen.« Paræsthesien an der linken Hand. Im linken Bein langsame und kraftlose Bewegungen. Linker Fuss steif. »Ein Tremor ist augenblicklich an der linken unteren Extremität nicht zu bemerken.« —

Zu diesen 6 Fällen kommt dann der Fall des Herrn Professor Naunyn als 7. hinzu. War Patient völlig ruhig, so war bei ihm kein Tremor bemerklich. Ein solcher, übrigens stets minimaler, trat erst auf, wenn Pat. die Arme vorstreckte, Hantirungen vornahm oder sich sonst anstrengte.

Fraglos gehört ein solcher Fall in die Reihe derer, die Charcot als morbus Parkinsonii à forme fruste verstanden hat. Observation II. von Bourneville, Obs. V. von Boucher und Magnan's Fall werden überhaupt nur veröffentlicht, um Belege für diese von Charcot hervorgehobene Variation des morbus Parkinsonii beizubringen. Ja! Der Fall P. von Wienskowitz und der Fall Hardy's, resp. Obs. IX. Boucher's werden gleichfalls als weitere Beweise für die Existenz des morbus Parkinsonii à forme fruste von den betreffenden Herren veröffentlicht, obgleich bei ihnen sogar in der Ruhe Zittern constatirt worden ist, dasselbe nur

bei Bewegungen stärker wird. Heimann dagegen bezeichnet seinen Fall XIX., bei dem das in der Ruhe vorhandene Zittern bei Bewegungen stärker wird, und Prast seinen Fall I., wo ähnliches der Fall ist, nicht als morbus Parkinsonii à forme fruste. Heimann fasst nicht einmal seine Fälle VI., XI. und XVII., bei denen nur Bewegungen Tremor erzeugen, als morbus Parkinsonii à forme fruste auf. Nichts kann indess dem im Wege stehen, derartige Fälle nach dem Vorgange Charcot's [1]) also auch den zu Beginn dieser Arbeit angeführten als morbus Parkinsonii à forme fruste aufzufassen.

Die, wenn man so sagen darf, typische Art des morbus Parkinsonii à forme fruste, sollte allerdings eigentlich nur diejenigen Fälle umfassen, bei denen weder in der Ruhe, noch bei Bewegung Zittern sich einstellt. Von allen in der Literatur verewigten Beobachtungen des morbus Parkinsonii à forme fruste sind es aber nur ganz wenige, bei denen sich, weder in der Ruhe, noch bei Bewegung, Tremor zeigt; selbst wenn man im Einklang mit den verschiedenen Autoren diejenigen Aufzeichnungen mit einschliesst, wo der Tremor nur in einem Stadium der Krankheit fehlte, ferner auch die in den letzten Jahren von Charcot als Parkinsonische Krankheit klar gestellten Fälle von halbseitiger Rigidität ohne Tremor [2]).

Die blos halbseitige Muskelstarre und durch diese bedingte Unbeweglichkeit ohne jegliches Zittern wird durch erst viel später auftretenden Tremor uud eventuell andersseitige Beteiligung bei solcher Parkinsoniana oder bei derartigem Stadium derselben in das Licht der

[1]) s. Bourneville, Boucher, Magnan.

[2]) Berbez. La maladie de Parkinson hémiplégique. Gazette hebdomadaire. N. 24. 1889.

richtigen, bis Charcot (Dienstagsvorlesungen) gewiss oft unbekannt gebliebenen Diagnose gezogen, die aber schon viel früher, id est vor dem eventuellen Auftreten eines Tremor oder andersseitiger Beteiligung der eingehenden Würdigung der vorhandenen Erscheinungen zugänglich ist. Derartig hemiplegische Fälle werden in genanntem frühen Stadium mit Hemiplegieen e cerebro leicht zusammengeworfen. Doch ist der Körper nach vorn geneigt, der Blick fix; Hitzegefühl plagt die Kranken; die Unruhe im Schlaf; Propulsion; Fliessenlassen des Speichels, die ganze Stumpfsinn verratende Physiognomie, eine grausame Ironie auf die gewöhnlich intakte Intelligenz; diese Symptome reden deutliche Sprache. Auch fehlt der apoplektische Insult.

Die von Charcot und Vulpian [1]) hervorgehobene forme hémiplégique des morbus Parkinsonii ist stets mit Tremor vergesellschaftet. Schon Romberg [2]) spricht von einer 32jährigen Frau, bei der nur die linke Hand an Kraftlosigkeit und anhaltendem Zittern gelitten. Charcot und Vulpian [3]) schildern 3 Beobachtungen, die eine aus Marstall-Hall [4]), die zweite gehört Hilairet, die dritte Axenfeld an. Westphal [5]) hatte unter seinen Untersuchungen einen Fall mit vorwiegender Beteiligung der linken Extremitäten, aber mit Tremor; ferner [6]) einen Menschen mit sehr geringem

[1]) Charcot et Vulpian, Paralysie agitante. Gazette hebdomadaire 1861. N. 51.

[2]) Romberg. Klinische Wahrnehmungen. 1851. pag. 36

[3]) loc. cit.

[4]) Marstall-Hall. On the diseases and deranges of the nervous system 1841, pag. 320.

[5]) Westphal. Ueber Paralysis agitans. Charité-Annalen 1876, pag. 360.

[6]) Westphal. Ueber Pralysis agitans. Charité-Annalen 1877, pag. 417.

Zittern des linken Beines und starkem Zittern des linken Armes, nach einer Verbrennung des letzteren entstanden. Sonst noch sind in der Literatur viele, in dieser Arbeit mehrere Fälle des morb. Park. genannt, bei denen die Krankheit einseitig auftrat, z. B. Heimann's Fall XVII. Immer wird aber Tremor als nennenswertes Symptom citirt.

Von 28 Charcot'schen Fällen des Jahres 86 zitterten 3 gar nicht, weisen aber charakteristische halbseitige Starre auf. 7 andere zitterten halbseitig, aber erst seit einigen Wochen. Es gab bei ihnen ein Leidensstadium von beträchtlicher Dauer, wo Hemirigidität sine tremore das Hauptsymptom war.

Zu ersteren 3 halbseitigen, niemals zitternden Parkinsoniern stellen sich 8 andere mit beiderseitiger Ausbreitung, die ebenfalls von Tremor niemals betroffen wurden:

1. Charcot[1]) hat im Jahre 1872 folgenden Fall gesehen: derselbe wird auch von Boucher in seiner These als Obs. IV. wiedergegeben:

50jähriger Mann. Infolge von Gemütsbewegungen während der Kommune ist die Krankheit ausgebrochen. Alle Symptome der Paralysis agitans, besonders die Körperhaltung. Das Zittern fehlt vollkommen.

2. Buzzard[2]) dankt viele Einzelheiten seines Falles dem Dr. Beevor:

James H. 64 Jahre alt. Hat immer hart gearbeitet. Hereditär nicht belastet. In seiner Jugend Typhus. Jetzige Krankheit seit 2 Jahren. Zuerst Schwierigkeiteu im Gebrauch von Messer und Gabel und im Anziehen. 4 Monate später mühsames Fortschleppen der Beine. Seit 9 Monaten grosse Steifigkeit in allen Gliedern. Pat. liegt beständig zu Bett. Er

[1]) loc. cit.

[2]) loc. cit.

ist recht stumpfsinnig. Sprache ziemlich unverständlich. Gesicht hat starren Ausdruck. Zunge langsam herausgestreckt, zittert nicht. Hände genau Parkinsoni'schen Habitus, sind aber frei von jeglichem Tremor. Bewegungen alle sehr langsam. Auch an unteren Extremitäten grosse Steifigkeit. Alle Glieder bleiben in kataleptischer Art lange in ihnen gegebener Stellung.

Amidon besitzt drei hier einschlägige Bilder [1]), einmal:

3. Amidon's Fall I.

53jährige Frau. Juni 1883 beobachtet. Seit 11 Jahren Menopause. Harte Arbeit (Waschen). Vor 4 Jahren nachhaltiger Kummer. In der Folge zunehmende Schwäche in den Beinen. Hitzegefühl. Schmerzen in linker Schulter und rechtem Ellenbogen. Neigung zu Fallen bei plötzlichem Umwenden. Gedächtnisabnahme; sehr langsame Bewegungen. Kehrt nicht auf den Fersen um, sondern macht zu diesem Zwecke 3—4 Schritte. Ganz steife Haltung. Halblächelnde, starre Miene. Oberlippe bewegt sich sehr wenig. Monotome Sprache. Weder früher jemals, nocht jetzt irgend welcher Tremor.

4. Amidon's Fall II.

62 jähriger Mann. Nov. 83 beobachtet: Früher ausschweifende Lebensweise. Vor 3 Jahren sehr betrübt durch Tod der Frau. Plötzlich schwach, Behinderung im Sprechen. Apathie Kopfweh.

Langsamer, unsicherer Gang. Alle Bewegungen langsam, besonders Aufstehen und Niedersetzen. Starres, unbewegliches Antlitz, fortwährender Ausdruck stumpfsinniger Verwunderung. Stimme schwach, Sprache langsam. Keine Spur von Tremor.

5. Amidon's Fall IV.

48 jähriger Mann, Mai 82 beob. Allgemeine Schwäche. Nervosität, Schmerzen. Unfähigkeit, die Augen offen zu halten, Bewegungen langsam. Gang steif und stolpernd. Miene unbeweglich und stumpfsinnig. Blick fixirt. Langsame Sprache. Sitzt bewegungslos da. Augenlider schliessen sich, wenn er

[1]) Amidon, A contribution to the study of Parkinson's disease; anomalons cases without tremor. The New-York medical record 1883. 24. Nov.

sich selbst überlassen ist, und zeigen etwas Zitterbewegungen. Doch schläft er dabei nicht. Keinerlei Tremor an Händen.

6. ein morbus Parkinsonii von Axenfeld [1]).

Bei demselben fehlt jegliches Zittern. Besonders die Rigidität der Halsmuskeln der Art, dass zuerst an Torticollis gedacht wurde; dann an eine Affektion der Halswirbel, bis endlich die richtige Diagnose gestellt wurde.

7. ebenfalls aus Axenfeld [2]).

Keinerlei Zittern war bei dem Pat. zu irgend welcher Zeit erfindlich. Die Beugung des Rumpfes war bei dem Pat. so stark ausgesprochen, dass der ganze Körper wie zusammengelegt ausschaute.

8. von G. Rummo [3]).

M. C. H. („de Naples") 57 Jahre alt. Vor 3 Jahren nach einem Schrecken Schwäche des rechten Arms, Schmerzen im rechten Arm und linker Schulter. Später Schwäche des rechten Beins. Darauf auch des linken Arms und Beins. 1884: »Vollständige Abwesenheit des Tremor sowohl in der Ruhe als in zorniger Erregung«. Langsame Bewegungen; Steifigkeit, am meisten im rechten Arm. Pro-, Retropulsion. Hand- und Armstellung charakteristisch. Kopf und Rumpf nach vorn gebeugt; Blick unbewegt; Antlitz voll Stumpfsinn und Traurigkeit. Jedes Wort kostet eine Anstrengung.

An diese zu keiner Zeit zitternden Parkinsonier fügen sich die an, bei denen der Tremor nicht während des ganzen Lebens mangelte, sondern nur in einem, in seiner Ausdehnung jeweils verschiedenen, aber manchmal recht langwierigen Stadium. Dies Stadium findet sich auf die Abschnitte der Krankheit mannigfaltig verteilt, am Anfang, in der Mitte oder am Ende derselben.

[1]) Axenfeld, Traité des névroses. 1883, pag. 691.

[2]) loc. cit.

[3]) G. Rummo, Considérations cliniques sur la paralysie agitante. L'Union médicale. 1884. N. 106. Traduit et analysé de la Medicina Contemporanea de Naples. Mai 1884.

Dass eine lange Anfangszeit des Leidens den Tremor entbehrt, dieser erst spät sich einen Platz erobert, dies von der klassischen Ordnung des morbus Parkinsonii abweichende Ereignis ist in der Statistik der forme fruste nicht sehr beispiellos. Schon einige der hier hervorgezogenen Krankengeschichten waren ihm untergeben. Charcot [1]) giebt an, dass dann die Muskelrigidität das erste und vorherrschende Symptom ist im Gegensatz zu den alltäglichen Parkinsoniern, bei denen das Zittern an der Spitze der Symptome marschirt. „Ces cas sont exceptionels. Le plus communément la rigidité musculaire ne se montre ou ne s'acuse profondément que dans les phases avancées de la paralysie agitante". Ich finde indess, dass das Zittern lange Zeit fortbleiben kann, ohne dass die Rigidität so gewaltig ist; es gehört ein solches Wechselverhältnis zwischen Zittern und Rigidität doch nicht annähernd zur Regel. Ist es nicht angesichts vieler, auch hier erwähnter Fälle mit Fehlen des Zitterns oder geringer Grösse desselben ohne gerade auffällig bedeutende Rigidität, angesichts z. B. auch des Eingangs der Arbeit beschriebenen Falles allzu schroff erscheinend, wenn Heimann [2]) meint: „Merkwürdig ist auch das Missverhältnis, in welchem nach unsern Erfahrungen das Zittern und die Muskelrigidität bei der Paralysis agitans stehen. Kranke, bei denen das Zittern stark ausgeprägt ist, bieten wenig Zeichen von Muskelsteifigkeit dar. Wenn dagegen bedeutende Contracturen vorhanden sind, tritt der Tremor völlig in den Hintergrund".? Für letztere Behauptung ist allerdings Heimann's Fall III, der hier noch angeführt werden soll, eine Grundlage. Tritt jedoch der Tremor in den Hintergrund, so ist es durch-

[1]) loc. cit.

[2]) loc. cit.

aus nicht gesagt, dass bedeutende Contracturen vorhanden sein müssen. Bei dem Kranken H. des Herrn Prof. Naunyn war der Tremor in der Ruhe gar nicht da, die Steifigkeit war jedoch durchaus nicht hochgradig.

Für so gestaltetes, von Zittern freies Anfangsstadium sind folgende 3 Aufzeichnungen weitere Gleichnisse:

1. aus der Krankenhausabteilung Charcot's findet sich in Charcot [1]), dann nochmals in Boucher's These [2]) als Obs. III:

Guill. . . ., 53 Jahre alt. Nachdem sie einige Zeit Kopfweh, ziehende Schmerzen im Leib gehabt, wurden vor vier Jahren die Gelenke des rechten Armes steif. Der Arm wurde dabei schwach; dann rechtes Bein steif und schwach, dann linker Arm, endlich linkes Bein. Seit 1870 Pro- und Retropulsion.

Kopf nach vorn geneigt, Hals steif. Gesicht starr. Kleine Schritte, Arme adducirt, gebeugt. Hände in charakteristischer Stellung. Steifigkeit rechts stärker. Kann sich nur sehr mühevoll allein aufrichten. Hitzegefühl, beständige Unruhe. Erst seit 3 Monaten ist ausschliesslich an der rechten Hand ein kaum nennenswertes Zittern aufgetreten.

Axenfeld [3]) erwähnt diesen Fall auch nochmals.

2. Obs. VIII Boucher's, in der Salpetrière Dez. 72 aufgenommen, in die Behandlung Charcot's Nov. 73 getreten:

Gavr. . . ., Anne Marie, 62 Jahre alt. 1868 infolge einer erschreckenden Nachricht Schwäche im rechten Arm, darauf im linken Arm, dann im rechten, endlich im linken Bein. Dann Krämpfe in den Beinen. 1873 Zittern im rechten Arm, zu gleicher Zeit Retropulsion. Zittern der Hände namentlich in der Ruhe, aber auch dann kaum bemerklich. Kopf zittert zeitweise stärker. Muskelrigidität.

---

[1]) loc. cit.
[2]) loc. cit.
[3]) loc. cit.

Januar 77: Kopf macht beständige Nickbewegungen. Wird der Rumpf festgehalten, so hört das Zittern des Kopfes auf. Hände haben jetzt die charakteristischen Zitterbewegungen. Beine zittern nicht. Alle übrigen Symptome deutlich vorhanden.

5 Jahre lang blieb also die Frau von Zittern verschont. Noch im Jahr 74 und den grössten Teil von 75 war das Zittern kaum bemerklich, während alle andern Symptome beinahe ihren Gipfel erstiegen hatten.

3. Gautier[1]) erzählt:

Chew. . . ., 62 Jahre alt, Bäuerin. Feuchte Wohnung. Vor 4½ Jahren Schmerzen im Epigastrium, Muskel- und Gelenksteifigkeit, besonders in den Händen. Seit 3 Jahren Kopf nach vorn geneigt, Gesicht ausdruckslos, Blick starr. Sprache langsam und zögernd. Arme vom Leib abgehalten. Rumpf nach vorn gebeugt und steif. Gang schleppend. »Nicht das geringste Zittern konnte constatirt werden«. Finger zur Faust eingeschlagen. Daumen und Zeigefinger sind so gestellt, als ob sie eine Prise Tabak hielten. Hitzegefühl. Erst seit 2—3 Monaten beginnt namentlich rechts ein Zittern, das in der Ruhe stärker ist. 4 Jahre lang ist also die Krankheit als forme fruste erschienen.

Dem ein langes Anfangsstadium hindurch auf sich warten lassenden, dann aber sich entwickelnden Zittern gegenüber ist ein im ersten Stadium sichtbarer, dann aber entweder auf dem Höhepunkt des Leidens oder erst in der letzten Lebensphase verschwindender Tremor viel merkwürdiger. Axenfeld[2]) weist darauf hin: „Du reste il est bon de noter également que ce tremplement peut non seulement être absent au commencement de la maladie, mais que dans les cas où il à été même intense pendant toute sa durée il peut cesser à la dernière période quelques jours avant la mort

[1]) Gauthier, Quelques considérations sur la maladie de Parkinson. Lyon médicale. 1888.

[2]) loc. cit.

(Charcot)". – Auch Eulenburg [1]) hat das bemerkt: „Das Zittern ist der In- und Extensität nach auch bei denselben Kranken nicht immer gleich; es besteht zuweilen mit unveränderter Kraft Tage lang fort, macht zuweilen mehrtägige Pausen, oder läst in einem Gliede oder einer Muskelgruppe vorübergehend nach, während es in andern mit verstärkter Kraft auftritt". Doch lässt Eulenburg es unberührt, dass der Tremor auch vollständig vergehen kann. — Aehnliches wird auch in andern Lehrbüchern zur Sprache gebracht, z. B. in Eichhorst's Handbuch u. s. w.

1. Amidon [2]) hat Oktober 1883 eine (Fall III.) 60jährige Frau beobachtet:

Dieselbe hatte immer Magenbeschwerden gehabt. Zu 40 Jahren Menopause. Vor 18 Monaten verlor sie plötzlich ihre Tochter. Direkt danach Tremor in der rechten Hand. Rechter Arm und rechtes Bein schwach; Schmerzen in rechter Schulter. Das Zittern war anfangs von grösster Stärke, nach und nach verschwand es aber von selbst. Nur wenn sie gemütlich erregt wird, fühlt Pat. noch ein rhytmisches Zittern in der rechten Hand. In den letzten drei Jahren Presbyopie. Einförmige und schwache Stimme. Fortwährend Müdigkeitsgefühl in den Augenlidern. Starres, unbewegliches Gesicht. Sie geht langsam, ist dabei nach vorwärts geneigt. Alle Bewegungen langsam, ebenso die schwer verständliche Sprache. Die Zunge wird nach rechts herausgestreckt. Die rechte Hand ist schwach. Im Okt. 1883 war keinerlei Tremor zu constatiren.

2. Bidon [3]):

M. H., 55 Jahre alt. Vor fünf Jahren durch lebhaften Kummer dauerndes allgemeines körperliches Unbehagen. Einige Monate später Fall von einer Leiter und sofort Zittern des

[1]) Ziemssen, Band XII. II. pag. 377.

[2]) loc. cit.

[3]) Bidon, Changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie du Parkinson. Revue de méd. 1891. pag. 75.

linken Armes. Nach und nach entwickelten sich die Symptome einer Paralysis agitans. Das Zittern aber verschwand nach einigen Monaten. Ende 89 erschien es wieder von Zeit zu Zeit im linken Arm, aber so gering, dass die Feststellung desselben nur grosser Aufmerksamkeit gelang.

Zu diesen 5 Fällen nur stadienweise vorhandenen Tremors kommen die 7 Fälle von Charcot-Berbez [1]), wo lange Zeit hindurch die hemiplegische Form des morbus Parkinsonii ohne Zittern bestand, letzteres erst nach langer Dauer der Krankheit, ebenfalls halbseitig auftrat. —

Eine andere Gruppe von Fällen à forme fruste bilden diejenigen, bei denen zu jeder Zeit Zittern bestand, dies aber nur an einzelnen Gliedern, da auch nur in geringer Mächtigkeit oder in manchen Fällen nur in Intervallen auftrat.

1. ein Fall Charcot's aus Bourneville [2]), Obs. I. oder auch Boucher [3]) Obs. VI.:

M. R., Associé eines grossen Tepichhandelshauses in Paris, 47 Jahre alt, von Charcot zum ersten Male Dezember 68 gesehen. Lange Zeit feuchtes Bureau. Als Associé viele Aufregungen. Seit 12—15 Jahren oft Gelenkschmerzen. Vor vier Jahren neuralgische Kopfschmerzen links. Kurze Zeit später Schwäche des linken Daumens. Allmählich wurde linke Hand und Arm schwach, ohne dass Pat. ein Zittern bemerkt hätte. Später auch rechter Arm schwach, zuletzt die Beine.

Langsamkeit des Ganges, Körperhaltung, starrer Gesichtsausdruck, Propulsion, fortwährendes Bedürfnis nach Aenderung der augenblicklichen Lage; Hitzeempfindung, eigentümliche Schrift u. s. w.

Der Kranke selbst war sehr erstaunt, als er darauf aufmerksam gemacht wurde, dass seine linke Hand, wenn er sie

[1]) loc. cit.
[2]) loc. cit.
[3]) loc. cit.

ruhig liegen hatte, zeitweise leicht zitterte. Sonst an keinem Gliede Zittern zu bemerken.

2. Buzzard [1]):

67jähriger Mann. Körperhaltung und Gang sehr charakteristisch. Kopf nach vorwärts geneigt. Gesicht ausdruckslos. Augen schauen fast stets gerade aus. Pat. geht mit sehr kurzen Schritten, sich an andern festhaltend. Klage über Steifigkeit in allen Gelenken, besonders in linker Schulter; in letzterer auch Schmerzen. Arme bleiben in kataleptischer Weise in ihnen gegebener Stellung. Linke Hand in charakteristischer Position. An derselben sind schwache Zitterbewegungen zu sehen, besonders am Daumen und Zeigefinger. Sonst herrscht an keinem Gliede Tremor.

3. Heimann's Fall III. [2]):

Mathilde Schulze, Maurerswittwe, 66 Jahre alt. Seit 9 Jahren plötzlich entstandene Schwäche der Extremitäten, namentlich der Arme, dabei Zittern. Seit 3 Jahren plötzlich aufgetretene Lähmung der Beine, so dass Gehen unmöglich. Nackenmuskeln rigid. Gesicht starr. Oberlippe, vorübergehend auch Unterlippe zittern. Unwillkürliches Speichelfliessen. Sprache langsam, ruckweise, monoton. Oberarme adducirt, Unterarme gebeugt, Handgelenke übergestreckt, Finger gebeugt. Diese Stellungen haben den Charakter von Contracturen, lassen sich nur mit Mühe und Kraftaufwand oder gar nicht beheben. An der linken Hand fortdauerndes, rhytmisches Zittern. »Dieser Tremor kommt häufig spontan zur Ruhe; andrerseits sistirt er sofort, wenn man die Hand der Pat. bestreicht. . . . Durch Willenseinfluss kann die Kranke die Hand nicht zur Ruhe bringen. Der rechte Arm zeigt kein Zittern. »Muskelsteifigkeit in den Beinen. »Ein Tremor ist augenblicklich an den unteren Extremitäten nicht zu beobachten.« Weinerliche Stimmung. Unruhe in der Nacht. 14. Dez. 86. Im rechten Arm Zittern. Infolge von Beweglichkeitsuntersuchung der Beine Zittern an den Füssen und Zehen zu bemerken.

---

[1]) loc. cit.

[2]) loc. cit.

Endlich kann der Tremor in allen, oder auch nur in einzelnen Gliedern bestehen, aber nur wenn die Kranken sich unter der Einwirkung gemütlicher Erregung befinden. Dies ist ein auch in den gewöhnlichen Fällen des morbus Parkinsonii als ein auf den allgemeinen Tremor sehr einflussreich erkanntes Moment. Dasselbe macht sich in manchen der hier schon citirten, besonders aber noch in folgenden 2 Beobachtungen geltend.

1. Axenfeld[1]):

Ein Mann von 69 Jahren hatte seit mehr als 15 Jahren die Symptome des morbus Parkinsonii ausser dem Zittern, welches sich höchstens in kaum bemerklichen Schwingungen zeigte, so oft der sehr leicht erregbare Kranke zornig wurde. Im übrigen waren alle Erscheinungen der Krankheit deutlich. Körper nach vorn geneigt, Schenkel etwas angezogen, Kniee leicht gebeugt, ebenso die Vorderarme. Hände in charakteristischer Stellung; starrer, stumpfer Gesichtsausdruck, stäter Blick. Unfreiwilliges Speichelfliessen. Langsamer Gang in kurzen Schritten. Schwer verständliche Sprache infolge der Starrheit der Zunge.

2. Grashey[2]) sagt von einer Patientin, dass:

»ein leichter Schlaganfall, welcher Parese der rechten Körperhälfte bedingte, sowohl den Tremor der rechten Hand, als auch den der linken Hand und der Zunge wochenlang bis zum Abschluss der Beobachtung sistirte, und dass das Zittern auch in wachem Zustande aufhörte, solange die Patientin möglichst ruhig und gedankenlos vor sich hinbrütete, dass aber jede Erregung der Aufmerksamkeit und insbesondere irgend eine willkürliche Bewegung eines Körperteils den Tremor der nicht willkürlich bewegten Teile hervorrief oder steigerte.«

---

[1]) loc cit.

[2]) Grashey, Ueber Paralysis agitans. Archiv für Psych. 1885.

Dies sind sämmtliche, mir wenigstens zugängliche Beobachtungen à forme fruste aus der Literatur. Fraglich ist es, ob solche Fälle nicht viel häufiger sind, als es nach ihrer Spärlichkeit in der Literatur scheinen könnte. Buzzard behauptet [1]): „Ist is very probable that such cases as this man's (Fall O.) are not so rare as might bethought. Looking back to past experience J am disposed to think that J have seen serveral such in workhouses and hospitals, where they have been classed with cases of sotenning of the brain". und aus neuesten Abhandlungen Moncorgé [2]): „les cas frustes où le tremblement fait défaut ne sont pas des plus rares".

Rechnet man aber mit der hier bewiesenen Spärlichkeit als factum und will sie nicht auf Mangel an Veröffentlichungen noch gesehener Fälle oder auf allzugrosse, allgemeine Vorsicht in der Diagnose zurückführen, so findet sie Erklärung in der immerhin relativen Seltenheit des morbus Parkinsonii überhaupt. Denn mit Unrecht setzte Ordenstein [3]) den morbus Parkinsonii an die 5. Stelle unter den Nervenkrankheiten, noch hinter die tabes dorsalis. Nach Sanders kommen zwar jährlich in England 22 Parkinsonier ad mortem. Eichhorst jedoch, der [4]) bis 83 in 6 Jahren 17 Fälle von morbus Parkinsonii behandelt hat, hält die Engländer und Amerikaner für freigebig in der Diagnose. Cohn [5]) sind in seiner 8jährigen Praxis „an einer An-

[1]) loc. cit.

[2]) Moncorgé. Notes sur les paralysies dans la maladie de Parkinson. Lyon médical N. 6. 1891.

[3]) Ordenstein. Sur la paralysie agitante et la sklérose en plaques. Thèse de Paris. 1867.

[4]) loc. cit.

[5]) Cohn. Ein Beitrag zur Lehre der Paralysis agitans. Wiener medizinische Wochenschrift. N. 18. 1860.

stalt, die zu einer der bedeutenderen Deutschlands gehört", nur 6 reine Formen begegnet. Berger stellt das Leiden auf 0,6 % und Hirt [1]) gar auf 0,43 % der Nervenkrankheiten.

Einen Hinweis auf eine eingehendere Teilung der Fälle à forme fruste, wie ich sie in dieser Arbeit versucht habe, habe ich in der Literatur nicht gefunden. Da das Verhalten des Tremors für die Charcot'sche Aufstellung der forme fruste das Fundament war, so ist eine genauere Trennung der einzelnen Fälle à forme fruste eben auf Grundlage der jeweiligen Verschiedenheit des Tremors gewiss gerechtfertigt. Ich möchte demnach bei Fällen von morbus Parkinsonii, bei welchen der Tremor nicht ein allgemeiner Tremor ist, in der Ruhe stärker, bei Bewegungen schwächer oder fast verschwindend, also nicht der typische, Parkinsonische Tremor — „involuntary tremoulous motion" [2]) —, sondern von dem klassischen Typus des morbus Parkinsonii abweicht, bei solchen von Charcot als morbus Parkinsonii à forme fruste bezeichneten Fällen möchte ich unterscheiden:

I. diejenige Form, bei welcher das Zittern entweder dauernd ganz fehlt oder aber während eines, manchmal recht beträchtlichen Stadiums der Krankheit ganz fehlt;

II. diejenige Form, bei welcher der Tremor zwar in jeder Zeitlage der Krankheit vorhanden ist, aber nur sehr gering ist, oder nur in Intervallen, oder nur an einzelnen Gliedern erscheint, oder nur infolge psychischer Affekte allgemein oder an einzelnen Gliedern auftritt;

---

[1]) Hirt. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. Breslau 1890.

[2]) Parkinson, Essay on the shaking palsy. 1817.

III. endlich diejenige Form, bei welcher in der Ruhe kein Zittern besteht, ein solches erst bei Intention zu Tage kommt; also gewissermassen ein typus inversus des Tremors im Vergleich zu dem gewöhnlichen, im morbus Parkinsonii bei Intention abnehmenden Zittern. Dieser dem Zittern der multiplen Hirn-Rückenmarksklerose verwandte Tremor findet seine Uebergänge zum gewohnten Tremor des morbus Parkinsonii in solchen, hier mehrfach genannten Fällen, wo in der Ruhe zwar Tremor besteht, dieser indess bei Bewegungen stärker wird, und weiter in solchen Fälleu, wo der Tremor in der Ruhe und bei Bewegung gleich stark ist.

Zu dieser III. Form, diesem typus inversus des Parkinsonischen Tremors gehört auch der Eingangs dieser Arbeit ausgeführte Krankheitsfall.

Eine physiologische oder gar anatomische Erklärung für diese Phännomena geben zu wollen, könnte bei dem allgemeinen Dunkel, das über der Pathologie des ganzen morbus Parkinsonii schwebt, zur Zeit nur in das Reich der Hypothese zu verweisen sein.

Hrn. Professor Naunyn spreche ich für die Ueberweisung der Krankengeschichte meinen verbindlichsten Dank aus.

Druckfehler-Berichtigung.

Seite	30	Zeile	5	soll es heisen:	**It**	statt Ist.
»	30	»	7	soll es heisen:	**be thought**	statt bethought.
»	30	»	8	soll es heisen:	**several**	statt serveral.
»	30	»	10	soll es heisen:	**softening**	statt sotening.
»	32	»	18	soll es heisen:	**Phänomena**	statt Phännomena.